

לכבוד

מזכירות לימודי הסמכה

הטכניון – מכון טכנולוגי לישראל

### כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום/ה מטה נותן/ת בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של בית חולים ו/או לכל קופת חולים, כל רופא, המוסד לביטוח לאומי על כל שלוחותיו או שלטונות צה"ל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות, ואדם אחר כלשהו למסור למבקש את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל באופן שידרוש המבקש על מצבי הבריאותי ו/או מצבי הסעודי ו/או השיקומי ובכלל זה כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר.

הנני משחרר/ת את המבקש וכל מי שיוסמך על ידו וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי ו/או כל עובד מעובדכם ו/או מוסד רפואי ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ומוותר על סודיותי הרפואית כלפי הנ"ל ומתיר/ה לכל אדם כאמור לתת כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי.

לא תהיה לי כלפי המבקש או כלפי המצוינים לעיל כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה. הנני מיפה את כוחו של המבקש ו/או כל רופא מטעמכם להגיש בקשת עיון במידע אודותי המצוי במאגר המידע שבעלותכם ו/או בחזקתכם.

כתב ויתור זה מחייב אותי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

ולראיה באתי על החתום

שם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

### פרטי המוותר

כתובת \_\_\_\_\_

מספר ת.ז. \_\_\_\_\_

שם קופ"ח \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_

כתובת הרופא המטפל \_\_\_\_\_

שם הרופא המומחה שנתן חוות דעת \_\_\_\_\_

כתובת הרופא המומחה שנתן חוות דעת \_\_\_\_\_

שם העד/ה לחתימה (מזכירות לימודי הסמכה) \_\_\_\_\_

חתימת העד/ה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_